

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
HERNIE ENKYSTÉE
D'ASTLEY COOPER

— HERNIE A SAC INTRAVAGINAL OU A DOUBLE SAC DE BOURGUET, D'AIX —

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 Juillet 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

EUGÈNE CLARAC

Né le 4 Juin 1856, à Fort-de-France (Martinique)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1895

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

HERNIE ENKYSTÉE

D'ASTLEY COOPER

— HERNIE A SAC INTRAVAGINAL OU A DOUBLE SAC DE BOURGUET, D'AIX —

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 Juillet 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

EUGÈNE CLARAC

Né le 4 Juin 1856, à Fort-de-France (Martinique)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1895

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET. Doyen.
LÉPINE. Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUGHACOURT, CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER
Médecine légale.		POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène.		ARLOING.
Thérapeutique.		LACASSAGNE.
Pharmacie.		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. DIDELOT.	MM. POLLOSSON (Aug.)	MM. ROUX.
CONDAMIN	GANGOLPHE.	ROCHET.	WEILL.
COURMONT.	JABOULAY.	RODET.	BARRAL et MOREAU
DEROIDE.	LANNOIS.	ROLLET (ÉTIENNE)	chargés des fonctions d'agréé
DEVIC	PERRET.	ROQUE.	

M. ÉTIEVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. POLLOSSON (M.), Président; M. SOULIER, Assesseur; MM. LANNOIS et DEVIC Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FEMME

INTRODUCTION

La forme particulière de hernie inguinale décrite par A. Cooper sous le nom de *hernie enkystée*, par Bourguet, d'Aix, sous le nom de *hernie à sac intra-vaginal* ou à *double sac*, ne se présente pas toujours à l'observation avec les mêmes caractères anatomiques ; les rapports qu'affectent entre eux le sac herniaire et le testicule peuvent varier ; c'est ce que nous tâcherons de démontrer dans ce travail.

Notre étude sur la hernie enkystée nous a été inspirée par une observation de hernie que nous devons à l'obligeance de notre maître, le Dr Montaz, chirurgien en chef des Hôpitaux, professeur à l'École de médecine de Grenoble.

A l'occasion de cette observation, nous avons fait quelques recherches bibliographiques qui seront consignées

ici, en même temps que quelques critiques qui nous ont été suggérées par les diverses interprétations faites sur la hernie enkystée.

Nous diviserons notre travail en deux parties :

Dans la première partie, nous dirons ce que l'on entend par hernie enkystée et nous ferons, aussi complet que possible, l'histoire de la question. Nous exposerons, en outre, le fait clinique que nous avons observé, et à côté de ce fait nous colligerons un certain nombre d'observations empruntées à différents auteurs; nous ferons ainsi mieux ressortir le cas qui fait l'objet principal de notre travail et ces observations serviront en même temps de base à l'étude de l'anatomie pathologique de la variété de hernie qui nous occupe.

La deuxième partie comprendra l'anatomie pathologique et la pathogénie de la hernie d'A. Cooper. Nous ferons connaître, dans cette deuxième partie, notre manière de voir sur la conduite que doit suivre le chirurgien lorsqu'un cas de hernie à double sac se présente à lui dans l'opération de la kélotonie.

Mais avant d'aborder notre sujet, c'est pour nous un devoir de remercier M. le Dr Montaz pour les conseils qu'il nous a donnés en vue de la rédaction de ce travail et pour toute l'amitié qu'il nous a toujours montrée.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
LA HERNIE ENKYSTÉE

D'ASTLEY COOPER

— Hernie à sac intravaginal ou à double sac de Bourguet, d'Aix —

PREMIÈRE PARTIE

Définition. — La hernie enkystée est une hernie contenue dans un kyste, il faut ajouter incomplet, c'est-à-dire laissant passer le pédicule de la hernie. Autrement dit, c'est une hernie renfermée dans un sac; mais qui dit hernie, dit viscère sorti, entouré déjà d'un sac. Par conséquent la hernie enkystée est une hernie dans laquelle on trouve, de dedans en dehors, un viscère, un premier sac, puis un deuxième sac. C'est donc une hernie à double sac, comme l'avait excellemment appelée Bourguet d'Aix.

Comment maintenant comprendre le double sac. Prenons une comparaison vulgaire, un bonnet de coton avec sa double paroi; mettons-y un viscère quelconque, l'intestin par exemple, et nous aurons une hernie avec un double sac, dont les deux feuillets se continuent l'un avec l'autre au niveau du collet. Nous aurons la hernie enkystée. Il faut donc de toute nécessité un double sac.

Autrement dit, l'opérateur devra avant de tomber sur l'intestin, ouvrir d'abord une première cavité, fermée de toutes parts et se réfléchissant en haut, puis une deuxième communiquant avec le ventre, celle qui contient l'intestin.

Historique. — La première observation de hernie à double sac semble remonter à l'année 1701 : il s'agit d'une hernie étranglée qui fut opérée par Méry et Petit et sur la nature de laquelle ces chirurgiens se méprirent : dans une tumeur qu'ils incisèrent et dans laquelle il y avait du liquide, ils trouvèrent un « intestin aveugle affaissé » qui fut séparé des parties auxquelles il adhéraït et réduit dans le ventre. Le malade mourut et l'autopsie démontra à Méry et à Petit que ce qu'ils avaient pris pour l'intestin n'était que le péritoine prolongé en forme de cul-de-sac dans le scrotum.

Hey signale, en 1764, une variété de hernie dont le sac herniaire était recouvert par la tunique vaginale ; cette observation fut faite sur un enfant de quinze mois. Hey donna à cette variété de hernie le nom de hernie infantile.

Nous avons de Lecat une observation datant de l'année 1767 et concernant un homme de soixante-cinq ans porteur d'une hernie irréductible depuis quinze jours ; vomissements depuis huit jours. Pour certaines raisons sur lesquelles il n'est pas nécessaire d'insister, le chirurgien croit à l'existence d'une hernie ancienne à laquelle avaient succédé une hydrocèle et un sarcocèle ; il pense que l'intestin est réduit et que les vomissements sont dus aux progrès du sarcocèle ou à quelque autre désordre et s'abstient d'opérer.

Le malade succombe. « A l'autopsie, en ouvrant le sac herniaire commun, dit Lecat, une large portion d'intestin se présente aplatie et presque vide. Mais ce qui me surprit le plus, ce fut de trouver l'extrémité de l'anse intestinale insinuée dans le sac de l'hydrocèle, qui était formé par la tunique vaginale du testicule, et que cette portion d'intestin était seulement étranglée, dure et changée de couleur. La rougeur était si légère, que cet étranglement semblait difficilement avoir été la cause immédiate de la mort. Je m'imaginai plutôt que celle-ci avait été occasionnée par le marasme et la perte ancienne des forces. »

Il est évident que nous avons là une hernie à double sac, mais le sac interne s'est rompu et l'anse d'intestin herniée a fait irruption dans la cavité vaginale en s'étranglant par l'ouverture qui lui a donné passage.

Dans ses *Leçons sur l'étranglement des hernies* (t. III, p. 606), Dupuytren parle de la hernie à double sac, il signale le cas dans lequel « une hernie et une hydrocèle de la tunique vaginale existent en même temps et du même côté... l'hydrocèle est toujours placée en avant et la hernie en arrière de cette tumeur... »

« Sauder d'Altembourg, nous dit Dupuytren, avait déjà observé plusieurs fois des hernies inguinales situées derrière la tunique vaginale du testicule; la face antérieure du sac adhérait à la face postérieure de cette tunique... »

Le même auteur nous parle du cas rapporté par Lecat et d'une observation de Neubaur. Enfin il signale que Beckers avait fait, en 1812, des observations analogues, mais sur le cadavre seulement.

Dupuytren lui-même publie deux observations de hernie double : Dans une première observation, il donne la relation de l'opération qu'il fit chez un homme affecté de hernie étranglée. Cette opération lui permit de découvrir un premier sac qui était la tunique vaginale, à la partie postérieure et supérieure de cette tunique était une tumeur qui se dirigeait vers l'anneau et s'y engageait; ayant incisé cette tumeur, il se trouva en présence d'une cavité qui contenait de la sérosité, et une anse d'intestin grêle étranglée par un orifice fait dans la tunique vaginale.

Dans la seconde observation, nous trouvons également deux sacs adossés, et au-dessous de l'anneau inguinal, existe une ouverture par laquelle une anse d'intestin a pénétré dans la tunique vaginale.

Lawrence (*Traité des hernies*, p. 512) signale une variété de hernie dans laquelle les viscères déplacés et entourés par leur sac herniaire, sont renfermés dans la tunique vaginale.

Il faut arriver à Astley Cooper (*Œuvres chirurgicales*), pour trouver une explication un peu détaillée de cette variété de hernie que le chirurgien anglais appelle hernie enkystée de la tunique vaginale. Il donne en même temps plusieurs observations dont deux sont d'une grande clarté; elles nous font voir une première cavité qui est la tunique vaginale, dans cette cavité est un sac herniaire.

Giraldès, Morel-Lavallée et Huguier ont disséqué des hernies qu'ils regardaient comme des hernies congénitales et qui n'étaient que des hernies de la variété de Cooper; en effet, sur trente observations, ces auteurs trouvent que vingt-huit fois la hernie est contenue dans

un sac spécial complètement distinct de la tunique vaginale. (Comptes rendus de la Société de chirurgie, *Gaz. des hôpitaux*, 1858.)

Dans la *Gazette de Paris* (1865), nous avons un mémoire de Bourguet, d'Aix ; l'auteur y donne une observation qu'il fait suivre de considérations importantes ; il refuse la dénomination de *hernie enkystée de la tunique vaginale* à la variété de hernie qui nous occupe, il propose de lui substituer le nom de *hernie à double sac* ou à *sac intravaginal*.

Curling cite des observations de Scarpa et de Than de l'hôpital de Midlessex ; il en cite également de Cloquet et de Monod. Ces observations sont tout simplement des hernies congénitales étranglées dans lesquelles, ce qui est la règle d'ailleurs, le liquide intravaginal est très abondant, mais ce ne sont pas des hernies enkystées dans le vrai sens du mot, comme paraissent le croire Monod et Terrillon.

En 1880 Eugène Tripier a fait une thèse sur un cas de hernie congénitale dans laquelle l'étranglement s'était fait au niveau d'un diaphragme faisant communiquer la partie funiculaire avec la portion vaginale. L'auteur ne parle de la hernie enkystée que pour éliminer de son diagnostic cette variété de hernie, il ajoute cependant qu'il sera nécessaire « d'explorer avec le plus grand soin la cavité vaginale et de s'assurer qu'elle ne contient pas de liquide, afin d'éliminer l'idée de la variété décrite par Astley Cooper sous le nom de *hernie enkystée de la tunique vaginale* ». Ce qui n'est pas réel ; la hernie d'A. Cooper n'est pas la seule hernie qui contient du liquide ; la hernie congénitale ordinaire, variété péritonéo-

vaginale, en contient généralement beaucoup. M. le D^r Montaz, dans un mémoire paru dans le *Lyon Médical* (1885), a eu l'occasion d'attirer l'attention sur ce fait à propos d'une hernie congénitale étranglée où l'épanchement était tellement considérable qu'on aurait pu croire à une vaginalite. Ramonède, dans sa remarquable thèse sur *le Canal péritonéo-vaginal et la hernie péritonéo-vaginale étranglée chez l'adulte* (Paris, 1883) insiste beaucoup sur l'abondance de l'épanchement (p. 53). Nous pouvons même ajouter que la hernie d'A. Cooper ne contient pas toujours du liquide, l'observation CCLXII d'A. Cooper en fait foi; et, pour ne citer que les paroles de l'auteur parlant de l'opération que fit M. Forster « il ne s'écoula de liquide, dit-il, à aucun moment de l'opération ».

Nous devons un certain nombre d'observations de hernie enkystée à Paul Berger; ses premières observations ont été publiées par Duret dans sa thèse de concours pour l'agrégation (1883), les autres ont été publiées par l'auteur lui-même dans les *Bulletins de la Société de chirurgie* (1891, t. XVII, 1892, t. XVIII).

Des trois observations citées par Duret, les deux premières, que nous publions, sont des exemples très nets de hernie enkystée; la dernière est une hernie congénitale avec déchirure d'un diaphragme d'étranglement et hydrocèle de la vaginale; mais ce n'est pas une hernie enkystée.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Obs. 256 d'A. Cooper, *Œuvres chirurgicales*,
Traduction de Richelot).

David D..., ouvrier, âgé de trente-sept ans, entra à l'hôpital de Guy, dans le service de M. Lucas, le samedi 27 juillet 1816, à 4 heures, offrant les symptômes d'une hernie étranglée. Cet homme jouissait habituellement d'une bonne santé, était robuste et avait toujours mené une vie régulière. Le mercredi précédent, il avait été pris d'une vive douleur dans l'abdomen, de nausées et de vomissements. Au moment même de l'invasion de cette douleur il avait eu une selle abondante; il en avait eu une seconde très peu abondante le jeudi, et il était resté dans un état de constipation absolue. A partir de ce moment, les vomissements étaient devenus très fréquents; aucun aliment ne pouvait être retenu dans l'estomac; le malade éprouvait de fréquentes éructations, et la sensation d'un besoin fréquent d'aller à la selle.

Le vendredi, saignée de 20 onces sans soulagement, purgatifs qui furent vomis, lavements qui restèrent sans effet.

Le samedi, jour de son entrée, la tumeur qui est située dans l'aîne droite est de nature équivoque ; le malade affirme que cette tumeur date de vingt années, et qu'elle a été produite par un coup de pied de cheval qui causa, dit-il, une rétraction du testicule de ce côté. Avant cette époque, les deux testicules pouvaient facilement être portés dans l'aîne et ramenés dans le scrotum ; mais depuis le coup, le testicule du côté droit avait cessé de descendre. Le malade ne put dire si le testicule se trouvait remonté au moment où il reçut le coup, ou si ce dernier en détermina l'ascension. Le testicule gauche pouvait être porté au-dessus de l'anneau inguinal.

Un examen attentif fit reconnaître : 1° que la tumeur située dans l'aîne pouvait être séparée en deux parties distinctes ; 2° qu'on pouvait par des manœuvres faites avec attention, attirer le testicule en bas avec une main, tandis qu'avec l'autre on sentait au-dessus de lui une tumeur faisant hernie à travers l'anneau abdominal. Cette dernière avait le volume d'un œuf de pigeon, était manifestement circonscrite et éprouvait un peu de dilatation sous l'influence de la toux ; il n'y avait aucune sensibilité à l'aîne, excepté quand on serrait entre les doigts la tumeur la plus déclive.

A son entrée le malade accusait de la douleur dans l'abdomen, et éprouvait la sensation d'un cercle qui lui aurait serré le ventre ; il vomissait très abondamment un liquide jaunâtre, d'un goût et d'une odeur également désagréables, d'une amertume très prononcée, et qui était manifestement fécal. On prescrivit un bain chaud dans lequel le malade resta vingt minutes, après quoi le taxis fut essayé, mais sans succès. L'affaiblissement était excessif.

A 8 h. 1/2 du matin, lavement de tabac avec une dose ordinaire, aussitôt faiblesses, nausées et vomissements, légère transpiration, augmentation de la fréquence du pouls qui devient plus plein et un peu dur ; pupilles dilatées ; le taxis échoue de nouveau. Les effets du lavement de tabac se dissipèrent promptement et les forces du malade n'en furent pas diminuées. Une demi-heure après on administra le reste du lavement qui n'amena aucun résultat. Le pouls devint un peu plus fréquent et le malade se plaignit d'un peu de malaise à la tête.

A 10 heures, vomissements fréquents, céphalalgie violente, vertiges, pupilles dilatées, tension considérable de l'abdomen.

A 11 h. 1/2, douleurs de l'abdomen au niveau des insertions du diaphragme, besoin d'aller à la selle sans aucune évacuation, nausées fréquentes, vomissement d'une petite quantité de liquide amer et fétide exhalant une odeur fécale; pouls à 100, petit et assez faible, cessation des vertiges.

A 1 heure, le malade fut apporté à la salle des opérations. Le pubis étant rasé, on reconnut dans le trajet du canal inguinal une tumeur sur le trajet et dans la direction de laquelle on fit une incision qui mit à nu le *fascia superficialis*, et après que ce feuillet eût été divisé, on aperçut, mais d'une manière peu distincte, l'aponévrose du muscle oblique externe qui était très mince. Un troisième coup de bistouri ouvrit la cavité de la tunique vaginale : il s'en échappa une petite quantité de liquide et on aperçut le testicule à la partie inférieure du canal, à environ 1/2 pouce au-dessus de l'anneau inguinal. La tunique vaginale étant dilatée permit de voir distinctement le sac herniaire qui sortait à travers l'anneau abdominal et pénétrait dans la cavité de la tunique vaginale, descendant à environ 1 pouce au-dessous de l'anneau inguinal. Le cordon passait un peu au-dessus de la partie antérieure du sac et à son côté interne. Il fut repoussé tout à fait au côté interne de la hernie pendant l'opération. On pinça le sac à sa partie antérieure et inférieure dans l'intention d'en saisir une très petite partie sur laquelle on aurait pratiqué une ouverture; mais on ne put y réussir parce que l'intestin adhérait étroitement de toutes parts à la surface interne du sac. On fit plusieurs essais dans différentes situations du sac; mais on trouva que partout l'intestin lui adhérait solidement. On fit alors des tentatives pour réduire sans ouvrir le sac; elles furent encore sans succès; enfin, on attira en bas la hernie en masse, et on reconnut d'une manière distincte le lieu de l'étranglement. On parvint alors à pincer avec les ongles une petite portion du sac, à la partie supérieure et externe, près de son col. Dans ce point, en raclant doucement, on fit une petite ouverture qu'on dilata dans une étendue d'1/2 pouce; c'était le seul point où les parties contenues dans le sac

n'adhérassent pas étroitement à sa surface interne ; on parvint alors à détruire les adhérences avec quelques précautions quoique l'intestin fût étroitement adhérent à la partie antérieure du sac. A la partie supérieure de ce dernier se trouvait une petite portion d'épiploon ; les adhérences ne semblaient pas toutes de formation récente. La portion d'intestin étranglée avait 1 pouce à 1 pouce et demi de longueur, et sa couleur était légèrement altérée. Au moment du débridement qui fut fait directement en haut avec le bistouri de M. Cooper, le malade exprima tout le soulagement qu'il éprouvait, on apporta un soin particulier à retenir l'intestin. Le testicule conserva la même situation qu'avant l'opération.

Le malade ayant été porté à son lit dans un état de mieux-être marqué, on lui fit immédiatement une saignée de 24 onces, et on prescrivit des petites doses de sulfate de magnésie, toutes les deux heures jusqu'à évacuation.

3 heures après-midi : l'état du malade est satisfaisant, le pouls est à 120, petit et un peu dur ; douleur très légère à l'abdomen ; à peine quelques nausées ; froid des mains et des pieds, besoin d'aller à la selle.

Après quelques heures d'un mieux relatif, le malade succombe.

Autopsie. — L'abdomen était ballonné et fortement tendu, profondément altéré dans sa couleur. Les lèvres de la plaie étaient dans un contact parfait, et quand les points de suture furent coupés, la tunique vaginale, à sa surface interne, parut légèrement enflammée, aussi bien que la surface du testicule, qui était placé à la partie inférieure du canal inguinal. Le doigt put être passé facilement du dedans en dehors, par l'anneau inguinal, et jusqu'à une certaine distance, en bas, dans le scrotum. On vit ensuite le sac herniaire, qui se trouvait dans la cavité de la tunique vaginale. L'ouverture qu'on y avait faite était de $\frac{3}{4}$ de pouce. Le sac était enflammé à sa surface interne, et la tunique vaginale pouvait être suivie en haut jusque sur le collet du sac, collet qu'elle entourait complètement. Le cordon était situé au côté interne du sac.

L'abdomen étant ouvert, on vit l'épiploon qui descendait jusqu'à la région ombilicale, au niveau de laquelle il s'arrêtait, du

côté gauche, tandis que, du côté droit, il descendait jusqu'à la région inguinale, il fut suivi jusque dans le sac, au collet duquel il adhérait étroitement.

Les vaisseaux de l'épiploon étaient légèrement engorgés. L'intestin grêle était très distendu; ses vaisseaux étaient également engorgés dans quelques points; mais c'était à environ 1 pied de la valvule iléo-cæcale que l'inflammation existait au degré le plus élevé. La tunique péritonéale pouvait être facilement enlevée avec les doigts; il n'en était pas ainsi de la tunique musculaire, qui était ferme et résistante. La portion d'intestin qui avait été étranglée appartenait à l'ilion, et se trouvait à 8 pouces environ de la valvule. Dans ce point, l'intestin offrait une surface inégale, ayant environ le diamètre d'un six-pence, et dans toute l'étendue de laquelle il avait adhéré fortement à la surface interne du sac. Dans cette même place, l'intestin avait contracté de légères adhérences avec le péritoine, près de l'orifice du sac; mais il s'en détacha sans effort; le côlon ascendant était considérablement distendu par des gaz; l'intestin contenait à peine quelques matières fécales. L'estomac avait sa position naturelle; le foie était comme à l'ordinaire; la vésicule du fiel était extrêmement distendue, et avait fourni une transsudation abondante; il y avait dans le même point un léger épanchement dans la cavité du péritoine. Tous les autres viscères étaient dans leur état normal. L'artère épigastrique avait sa position ordinaire. Le testicule gauche pouvait rentrer facilement dans l'aîne à travers l'anneau inguinal. A l'ouverture de la tunique vaginale, il s'échappa environ 2 drachmes d'un liquide jaune paille. La capacité de la tunique vaginale était accrue, et ses parois étaient fortement écartées; mais, à sa partie supérieure, ses parois avaient contracté entre elles des adhérences solides et définitives, et elle ne conservait aucune communication avec l'abdomen. Le testicule était sain; celui du côté droit était plus petit qu'à l'ordinaire.

OBSERVATION II

(Obs. 261 d'A. Cooper, communiquée par M. Thompson Forster.)

William Chad..., cordonnier, âgé de trente et un ans, d'une constitution peu robuste, fut admis à l'hôpital de Guy, le 31 janvier 1801. Il se plaignait d'une vive douleur à l'aîne droite, qui était tendue et douloureuse au toucher. Le visage exprimait une vive anxiété. Hoquet ; soubresaut des tendons. J'appris que trente-six heures avant son entrée, il avait été pris, pendant une quinte de toux, d'une vive douleur dans l'aîne, et en l'examinant, je découvris une petite tumeur qui était située immédiatement au-dessous de l'anneau inguinal, et qui descendait dans le scrotum, dans une étendue de 3 pouces. Tous mes efforts pour la réduire restèrent sans succès, et comme les symptômes étaient graves et pressants, je regardai tout délai comme nuisible, et je proposai l'opération. Le malade ne voulut pas y consentir, il mourut le lendemain.

Autopsie. — Lorsque le scrotum eut été divisé, et que la tumeur eut été mise à nu, on vit qu'elle suivait le trajet du cordon spermatique avec lequel elle faisait corps, suivant toute évidence ; elle était très serrée à l'anneau. A un examen plus détaillé, et en divisant avec précaution la tunique vaginale du cordon, près de l'anneau, je donnai issue à un liquide ; je prolongeai ensuite l'incision jusqu'à la partie inférieure du scrotum, à travers la tunique vaginale du cordon et celle du testicule, qui ne formaient toutes deux qu'une même cavité ; je renversai de chaque côté les lèvres de l'incision que j'y avais faite, et je trouvai un sac herniaire, provenant de l'anneau et descendant vers le testicule. D'après cela, on ne pouvait plus douter que le sac herniaire et les parties qu'il contenait ne fussent renfermés dans la tunique vaginale du cordon spermatique qui, jusqu'à l'anneau inguinal, ne formait qu'une même cavité. A l'ouverture du sac, j'y trouvai une portion d'intestins grêle, d'une couleur de vin rouge, et dans un état gangréneux.

OBSERVATION III

(Obs. 262 d'A. Cooper, communiquée par M. Wagner.)

Jonh Bos., tanneur, âgé de vingt-neuf ans, fut reçu à l'hôpital de Guy, le dimanche 30 juin 1816, à 10 h. 45 minutes du matin, pour une hernie congénitale étranglée, siégeant du côté droit. Le malade rapporta qu'il avait cette hernie depuis douze ans, que la semaine précédente, ayant travaillé sans son bandage, sa hernie s'était reproduite, mais qu'il l'avait réduite facilement. Le samedi matin, à 6 heures, il avait eu une selle, après quoi il était retourné à son travail ordinaire, lorsque, dans un léger effort, la hernie se reproduisit brusquement, et à partir de ce moment, resta irréductible, il était alors 7 heures du matin.

Le malade ne tarda pas à ressentir dans le ventre de la douleur, et il fut pris de nausées et de vomissements, ainsi que de douleur à l'anneau inguinal, et depuis ce moment, il n'y eut plus de selles. Un chirurgien ayant été appelé, essaya le taxis, mais sans succès. Il tira dans la journée du samedi, environ soixante onces de sang. Ensuite, on plaça le malade dans un bain chaud, et on appliqua des réfrigérants sur le scrotum, mais tout resta sans succès.

A son entrée à l'hôpital, les symptômes n'avaient rien de très urgent. Le malade se sentait disposé à aller à la selle, mais il n'eut aucune évacuation. Le pouls était plein et dur; la peau chaude et sèche, le visage très anxieux.

Le malade ayant été couché sur le dos, les cuisses fléchies sur l'abdomen, les genoux très rapprochés et les épaules un peu élevées, le taxis fut soutenu sans interruption, pendant vingt minutes. Ensuite, on administra de petites doses d'émétique à intervalles rapprochées, et on renouvela les tentatives de taxis pendant que le malade était sous l'influence du médicament. Mais ces tentatives ne furent encore suivies d'aucune diminution apparente de la tumeur qui était très volumineuse; il y avait œdème des téguments du pénis et du côté correspondant du scrotum. Aucune

altération de couleur du scrotum ; impossibilité de sentir le testicule du côté droit. — Bain chaud, saignée de 12 onces. — Le malade fut tenu dans le bain pendant une demi-heure, sans qu'il survînt de faiblesse, mais aussi sans diminution de la douleur ; le taxis ne causa que peu de douleur. Au moment où le malade fut retiré du bain, pour être placé sur la chaise, il eut une faiblesse, pendant laquelle on le coucha sur le dos, et on recommença les tentatives de taxis, mais toujours sans succès. Le malade fut alors reporté dans son lit, et on prescrivit un lavement de tabac. On lui en donna la moitié à midi 35 minutes ; cette première dose n'eut que peu d'effet sur l'état général du malade, au bout de trente autres minutes, l'autre moitié fut administrée, et en peu de temps, le malade eut la poitrine couverte de sueurs. Il éprouva une sensation pénible de débilité, fut pris de vomissements et d'une prostration musculaire profonde. M. Vinhinden, profita de ce moment pour renouveler le taxis, mais ce fut encore sans succès ; le malade fut ensuite laissé à lui-même pendant quelques heures. Les symptômes n'étaient pas pressants ; seulement, il n'y avait pas eu de selles, et de la douleur se faisait sentir à l'anneau inguinal ; en outre, l'abdomen était légèrement douloureux à la pression. M. Forster ayant vu le malade à 6 heures du soir, le décida à subir l'opération, et la pratiqua de la manière suivante :

Il commença l'incision des téguments au niveau de l'anneau et la prolongea en bas, dans une étendue à peu près égale à celle que présentait la tumeur. Le tissu cellulaire fut ensuite divisé, puis le sac, dans une étendue d'1 pouce. Le doigt fut alors introduit dans toute sa longueur à travers l'ouverture, et on dilata le sac au moyen du bistouri ; on n'y rencontra ni intestin, ni épiploon, mais une poche ou tunique, dont la transparence permettait de voir la couleur noire de l'intestin. M. Forster fit, à cette enveloppe de l'intestin, une petite ouverture, dans laquelle il introduisit le doigt, afin de la déchirer de haut en bas, ce qui mit l'intestin à nu. Il ne s'écoula de liquide à aucun moment de l'opération. Deux anses intestinales appartenant probablement à l'iléon, étaient renfermées dans le sac herniaire, et paraissaient avoir une

longueur de 9 pouces. L'intestin était d'une couleur foncée, due à la stagnation dans le cours du sang, mais, sous tous les autres rapports était parfaitement intact. Il contenait quelques matières et beaucoup de gaz. On reconnut que l'étranglement siégeait à l'anneau inguinal, et que pour le débrider, il devenait nécessaire que l'incision des téguments remontât au-dessus de ce point. On débrida directement en haut avec le bistouri boutonné, porté sur le doigt et introduit dans l'anneau. Il existait, au niveau de l'anneau, de légères adhérences siégeant au collet du sac; mais on les déchira sans difficulté avec le doigt. La réduction de l'intestin fut laborieuse, parce que le chirurgien n'avait pas pris la précaution de le débarrasser, au moyen de pressions exercées sur les matières qu'il renfermait. Toutefois, non il est vrai sans quelques difficultés, les intestins furent replacés dans le ventre. Alors on vit à nu : 1° le testicule à la partie postérieure du sac; 2° l'aspect brillant et poli de la tunique vaginale dans la cavité de laquelle se trouvait une portion du sac, qui recouvrait immédiatement l'intestin, et que M. Forster avait déchiré dans l'opération, avant de mettre l'intestin à nu. Ce sac avait l'aspect d'une membrane vasculaire et tellement mince, que, comme je l'ai déjà dit, on pouvait voir l'intestin à travers son épaisseur. La tunique vaginale avait été reconnue avant qu'il eût été divisé. Le testicule était moins volumineux qu'à l'ordinaire.

Les lèvres de la plaie furent réunies à leur partie moyenne, à l'aide d'une suture. Celle-ci ne comprenait pas la tunique vaginale; au-dessus et au-dessous furent placées des bandelettes de diachylon; le tout fut recouvert d'un plumasseau et d'un bandage en T. Le malade, après avoir été placé dans son lit, se trouva beaucoup mieux. On lui prescrivit l'huile de ricin en lavement. Deux heures après, il n'avait pas eu encore de selles.

8 heures du soir. — Le malade a dormi pendant une demi-heure, et repose encore. A 11 h. 1/2, le malade a dormi trois heures et éprouve un soulagement marqué. Il a pris un lavement qui a déterminé une évacuation peu abondante, de couleur foncée, et composée de matières moulées. La peau est chaude et sèche; soif; pouls à 115, plein et dur; abdomen indolent à la

pression; douleurs aiguës, revenant par instants dans la plaie. Le malade a uriné.

1^{er} juillet, 10 heures. — La nuit a été bonne; point de douleurs; cinq ou six selles après une forte dose d'huile de ricin, prise à minuit; l'abdomen est indolent, mais la plaie est douloureuse; face rouge; soif; langue recouverte d'un enduit blanchâtre; pouls plein et fort à 95.

2 heures après-midi. — Peau chaude et sèche, face rouge; soif; pouls plein et fort, mais moins dur que le matin, à 90; une selle.

Minuit 45. — Le malade a dormi; il n'a pas eu de selles; il a été dans un état assez favorable tout l'après-midi et dans la soirée.

2 juillet. — Aucun changement, le malade va bien.

3 juillet. — Nuit très agitée; douleurs dans le dos et les reins, dépendant du décubitus dorsal longtemps conservé. Gonflement considérable du scrotum qui est tendu et très douloureux au toucher, et qui offre à sa surface une légère rougeur inflammatoire. Le trajet de l'incision présente aussi une tuméfaction légère. Pouls à 105, plein et fort, mais facile à déprimer; peau chaude et sèche; langue blanche et chargée; soif; abdomen indolent à la pression. (Eau blanche sur le scrotum; huile de ricin.)

11 h. 1/2 du matin. — Saignée de 12 onces, qui amène de la défaillance et un grand affaissement du visage. Après la saignée, le pouls est à 115, mais beaucoup moins plein et moins fort.

3 heures après-midi. — Le malade sommeille; la tuméfaction du scrotum a diminué; il y a un mieux sensible.

8 juillet. — Jusqu'à ce jour, le mieux a continué, aucun symptôme grave ne s'est montré; le scrotum a considérablement diminué de volume; mais il y a encore de la tuméfaction à la tunique vaginale. La plaie s'est réunie par première intention. Les forces du malade augmentent visiblement.

OBSERVATION IV

(Obs. 264 d'A. Cooper, communiquée par M. Key.)

Thomas H..., âgé de cinquante-huit ans, entra à l'hôpital de Guy le 26 août 1825, à 9 heures du matin, ayant une hernie scro-tale à droite, et offrant tous les symptômes de l'étranglement. Depuis plusieurs années il était sujet à de fréquentes descentes d'une hernie qu'il pouvait quelquefois réduire lui-même, mais pour laquelle il avait été souvent obligé de recourir aux soins d'un médecin. La hernie s'était reproduite la veille au soir, un chirurgien avait fait une large saignée, et avait fait, mais en vain, plusieurs essais de réduction. Au moment de son entrée, le malade éprouvait une vive douleur à l'épigastre, des vomissements, et, de temps en temps, des hoquets; le pouls était fréquent et petit; M. Morgan, ayant donné au malade une position convenable, réduisit facilement la hernie par un taxis bien méthodique. On prescrivit des lavements ordinaires et le malade fut replacé dans son lit. Le lendemain matin, les symptômes d'étranglement avaient reparu avec la même intensité; les lavements avaient été rendus avec très peu de matières; pouls à 98, petit et filiforme; langue chargée; abdomen tendu et douloureux; sangsues et fomentations. Une exploration minutieuse fit reconnaître une petite tumeur située dans le trajet du canal inguinal (saignée de 12 onces; vésicatoire sur l'abdomen; lavements purgatifs). L'huile de ricin ayant été administrée, fut vomie immédiatement. Malgré cette médication énergique, les symptômes n'éprouvèrent pas la plus légère amélioration, ils persistèrent avec une violence extrême pendant la nuit et le lendemain matin le malade était beaucoup plus mal. M. Morgan, pensant qu'il existait encore une portion d'intestin étranglée, se décida à l'opération. Il divisa la peau, le *fascia superficialis*, et le crémaster, d'après le procédé généralement suivi, et mit à découvert ce que l'on prenait pour le sac herniaire. Il ouvrit ensuite ce sac, et y ayant introduit le

doigt, il le fit pénétrer sans peine à travers l'anneau dans l'intérieur du canal inguinal. Il y avait bien dans le canal une saillie anormale, mais on ne pouvait reconnaître dans cette saillie la présence de l'intestin, et, d'un autre côté, le doigt ne pouvait pénétrer dans l'abdomen. Le canal inguinal fut alors ouvert, en fendant de bas en haut l'aponévrose du grand oblique, on prolongea l'incision déjà faite à ce que l'on regardait comme le sac, mais alors encore on n'aperçut aucune trace d'intestin, et on ne put trouver aucune communication entre le sac et la cavité abdominale. Ce qu'on sentait dans le canal semblait consister dans un épaississement du cordon. Regardant comme dangereuse une investigation plus prolongée, puisqu'on ne pouvait trouver aucune hernie, les lèvres de la plaie furent rapprochées et le malade placé dans son lit (calomel et opium, un grain toutes les quatre heures). Cependant la constipation et tous les autres symptômes persistèrent.

Le 29, pouls petit et faible; ventre tendu; visage anxieux; extrémités froides; le malade s'affaissa graduellement, et mourut dans la matinée du 30, quatre jours après son entrée et deux jours après l'opération.

Autopsie. — On reconnut que ce qui était situé sous le crémaster, et ce qu'on avait regardé comme le sac herniaire, était la portion réfléchie de la tunique vaginale, dans la cavité de laquelle le doigt avait été introduit; mais ce dernier avait pu pénétrer dans l'abdomen par suite de la disposition suivante: la tumeur qu'on avait sentie dans le canal inguinal était un sac herniaire situé derrière le cordon et contenant une portion d'intestin étranglée, offrant une couleur noire et une large tache gangréneuse, L'étranglement était situé au collet du sac, derrière l'anneau abdominal et dans le point correspondant à la partie inférieure de son pourtour. La communication entre la tunique vaginale et la cavité abdominale n'était pas complètement fermée, mais le doigt n'avait pu pénétrer de la cavité vaginale dans la cavité péritonéale à cause de la compression exercée par la hernie. Immédiatement au-dessous de l'ouverture de la tunique vaginale dans l'abdomen, était situé le collet d'une poche anormale qui descendait en bas et

en dedans, derrière le *fascia transversalis* dans la direction de l'anneau inguinal. C'était dans ce renflement qu'une portion de l'iléon était descendue et avait été étranglée. Il semble probable que, lors de l'entrée du malade à l'hôpital, une portion considérable de l'intestin était descendue dans la tunique vaginale, car celle-ci offrait toutes les apparences d'un ancien sac herniaire ; que cette portion contenue dans la tunique vaginale avait été facilement réduite, tandis que la portion contenue dans l'autre sac était restée non réduite, et avait, par suite de son étranglement, déterminé les accidents auxquels succomba le malade.

OBSERVATION V

(Observation I de Bourguet, d'Aix. Mémoire sur une variété rare de hernie inguinale, extrait de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*.)

J. A..., maréchal-ferrant, âgé de vingt-deux ans, bien constitué, d'une bonne santé habituelle, est reçu à l'hôpital d'Aix le 29 mars 1858, pour une hernie inguinale du côté droit, étranglée depuis quatre jours. Il donne sur son état les renseignements suivants :

Pendant sa première enfance, il n'a pas aperçu de différence entre les deux côtés du scrotum, qui présentaient, dit-il, le volume qu'ils ont chez tout le monde et renfermaient les deux testicules. A l'âge de dix-sept ans, en sautant du haut d'un mur de 2 mètres et demi de hauteur, il a éprouvé une sensation de déchirement dans l'aîne droite ; douze à quinze jours après, il a vu apparaître dans le point correspondant une tumeur du volume du pouce, dirigée en bas et en dedans, suivant le trajet du canal inguinal, mais ne descendant pas dans le scrotum. Un bandage a été appliqué et n'a pas été quitté depuis lors. Malgré la présence du bandage, la hernie sortait de temps à autre, et rentrait très facilement. Lorsqu'elle était réduite et le bandage bien appliqué, le malade ne ressentait

plus aucun malaise, mais le scrotum conservait toujours néanmoins plus de volume à droite qu'à gauche.

Le 25 mars, au matin, il était occupé à tenir le pied d'un cheval que l'on ferrait; l'animal ayant fait un mouvement brusque, il a senti sa hernie sortir, comme cela lui était arrivé très souvent. Avant de chercher à la faire rentrer, il a voulu attendre que le cheval fût complètement ferré. Mais alors la réduction n'a plus été possible. Après des tentatives nombreuses exécutées sans succès, il a fait appeler un médecin qui a eu également recours au taxis à plusieurs reprises sans résultat. Le malade, dès lors, s'est décidé à entrer à l'hôpital. Là de nouvelles tentatives ont été faites, d'abord par l'interne de garde, puis par le chirurgien chef interne, mais inutilement.

Soumis à notre examen le 30 mars au matin, nous constatons les symptômes suivants :

Ventre ballonné et douloureux à la pression, principalement vers la fosse iliaque droite; vomissements de matières jaunâtres offrant l'odeur caractéristique des matières fécales; constipation depuis le premier jour; tumeur plus volumineuse que le poing, de forme ovoïde, remplissant complètement le scrotum, distendant le canal inguinal et se continuant jusque dans la cavité abdominale. La partie inférieure de cette tumeur est molle, fluctuante, presque entièrement insensible à la pression; laisse apercevoir par transparence la lumière d'une bougie; la partie supérieure, au contraire, est distendue, surtout à mesure qu'on s'élève et qu'on se rapproche de l'orifice supérieur du canal inguinal, plus sensible à la pression, dure, non fluctuante; la transparence y fait défaut. Autant qu'on peut en juger extérieurement, le canal inguinal paraît notablement plus distendu à sa partie supérieure qu'à sa partie inférieure, aux environs de l'anneau externe, où l'on commence à sentir de la fluctuation. Le testicule est confondu avec la reste de la tumeur; cependant, à la pression et à l'examen avec la bougie, on reconnaît qu'il occupe sa place habituelle en dedans et en arrière.

Les signes de l'étranglement herniaire étaient trop nombreux et trop manifestes pour qu'il fût possible de conserver longtemps des doutes sur l'existence d'un pareil accident. Cependant, nous

devons le reconnaître, il y avait dans l'ensemble des symptômes offerts par le malade quelque chose d'insolite et de disparate, il existait particulièrement une différence très notable entre les caractères de la partie supérieure de la tumeur et ceux de la partie inférieure. Le diagnostic ne laissait donc pas que d'être quelque peu embarrassant, et commandait, dans tous les cas, une certaine réserve.

Comme le traitement mis en usage jusqu'à ce moment n'avait consisté que dans l'emploi du taxis et des cataplasmes émollients, nous crûmes prudent, avant de pratiquer de nouvelles tentatives de réduction, de prescrire quelques autres moyens. En conséquence, le malade fut mis au bain ; des frictions belladonnées furent faites sur la tumeur ; il prit un lavement purgatif et une potion avec 30 grammes d'huile de ricin et une goutte d'huile de croton tiglium, par cuillerées à bouche, de demi-heure en demi-heure. Ces moyens continués pendant quelques heures, le taxis fut pratiqué de nouveau, mais sans résultat.

A 3 heures de l'après-midi, nouvelle tentative, qui reste également infructueuse, quoique continue pendant une demi-heure. L'opération est alors décidée, et nous y procédons immédiatement.

Après l'incision des téguments, incision qui s'étend obliquement depuis le milieu du trajet inguinal jusque vers la partie moyenne du scrotum, les tissus sous-cutanés sont divisés sur la sonde cannelée. Le sac, ou du moins ce que nous prenons pour le sac, est mis à nu et ouvert avec la pointe du bistouri. Il s'écoule environ 100 grammes de sérosité citrine parfaitement transparente. L'incision ayant été agrandie en haut et en bas sur la sonde cannelée, nous pouvons procéder en toute liberté à l'examen des parties contenues dans cette cavité, qui présente une étendue extrêmement considérable, remonte en haut jusqu'au-dessus de l'anneau inguinal, dans lequel elle s'engage, descend en bas jusqu'à la partie inférieure du scrotum, et renferme : 1° en bas, en dedans et en arrière, le testicule complètement à nu, recouvert seulement par la séreuse viscérale et la tunique albuginée ; 2° en haut, au niveau de l'anneau inguinal, sortant de cet anneau et le dépassant en bas de 5 à 6 centimètres, on aperçoit une tumeur de forme irrégulière-

ment ovoïde, complètement séparée du testicule, dont elle est distante d'environ deux travers de doigt, légèrement bosselée à l'extérieur, ne présentant de solution de continuité sur aucun point, lisse et tapissée partout par une séreuse, offrant, en un mot, les caractères de l'intestin. Cette tumeur, placée en dehors et en avant du cordon des vaisseaux spermatiques, se prolonge manifestement dans l'intérieur du canal inguinal et dans l'abdomen. En dedans, elle paraît adhérer assez fortement au pourtour de l'anneau inguinal, tandis qu'en dehors le doigt peut s'insinuer entre elle et la circonférence de cet anneau presque jusqu'à la hauteur de l'anneau abdominal, l'épanchement séreux remontant plus haut en dehors dans l'intérieur du canal inguinal. Le doigt promené autour du pédicule de cette tumeur est arrêté de tous côtés, et ne peut, en aucune manière, être introduit dans la cavité abdominale. Ses parois, très minces à la partie interne et inférieure, un peu plus épaisses du côté externe, augmentent encore d'épaisseur et de densité, à mesure qu'on s'élève et qu'on se rapproche de l'orifice supérieur du canal inguinal. Enfin, tout à fait en bas on y distingue un peu de fluctuation. Partout ailleurs cette tumeur est flasque et affaissée sur elle-même; sa coloration est peu marquée, presque blanchâtre; on y aperçoit sur plusieurs points de très grosses veines serpentant de haut en bas, très superficielles, non anastomosées en arcade, offrant un calibre sensiblement plus considérable en haut qu'en bas.

Quelle était la nature de cette tumeur? Nous avouons sans difficulté que nous éprouvâmes sur le moment le plus grand embarras pour nous en rendre compte. Au premier abord, nous crûmes que c'était une hernie du cæcum, à cause des bosselures qu'on observait à l'extérieur. D'après cette manière de voir, nous tentâmes la réduction en masse, mais sans succès, la tumeur ressortant aussitôt que la pression cessait. Nous essayâmes ensuite de l'attirer à l'extérieur, afin de nous éclairer plus complètement sur sa nature. Cette manœuvre ne réussit pas davantage, la tumeur restant en place malgré des tractions assez énergiques.

Toutefois ces tractions furent suivies d'un résultat auquel nous étions loin de nous attendre, et qui nous mit sur la voie du véri-

table diagnostic. La partie interne de la tumeur, qui, on l'a vu, était plus mince que l'externe, céda pendant ces tractions, et en se déchirant laissa écouler une petite quantité de sérosité. La déchirure fut alors agrandie avec l'ongle de l'indicateur, et nous pûmes apercevoir une anse d'intestin grêle, longue de 8 à 10 centimètres, fortement violacée, mais pourtant sans trace de gangrène, qui nous parut étranglée par le collet du sac au niveau de l'anneau supérieur.

Dès lors, tous nos doutes se trouvèrent levés ; nous comprîmes, en effet, que nous avions sous les yeux un second sac herniaire, et que celui qui avait été ouvert en premier lieu n'était que la tunique vaginale du testicule fortement agrandie, et distendue par du liquide, mais ne communiquant plus depuis longtemps avec la séreuse péritonéale. Afin de pouvoir vérifier l'exactitude de ces suppositions et d'examiner avec plus de soin l'état de l'anse herniée, nous cherchâmes à attirer l'intestin au dehors par de douces tractions. Nous parvinmes ainsi, avec un peu de temps et de patience, à l'amener à l'extérieur avec le sac qui le coiffait et l'étranglait par son collet. Pour faire cesser l'étranglement, nous n'eûmes qu'à débrider directement en haut et en avant avec le bistouri boutonné, ce qui put se faire à ciel ouvert, après quoi l'intestin fut dégagé très aisément de son anneau constricteur et réduit dans l'abdomen. Restait le sac, qui apparut alors avec tous ses caractères, c'est-à-dire avec son corps déchiré à la partie interne, son fond encore intact, et son collet divisé dans une certaine étendue. Cet organe formait une tumeur longue de 7 à 8 centimètres, irrégulièrement ovoïde, à grosse extrémité supérieure ; ses parois étaient plus épaisses et plus résistantes en dehors qu'en dedans ; aux environs du collet, il avait près d'un demi travers de doigt d'épaisseur, tandis qu'à sa partie inférieure il était réduit dans quelques points, particulièrement en dedans, à l'épaisseur d'une feuille de papier. Tout à fait en bas, il se terminait par un cul-de-sac imperforé ressemblant à un gros pis de vache, faisant saillie, comme nous l'avons dit, dans l'intérieur de la tunique vaginale agrandie et remplie de liquide, qui avait été prise tout d'abord pour le sac herniaire. Il tenait encore au reste de la plaie

par son côté externe, et se prolongeait en haut et en dehors dans le canal inguinal, et de là dans l'abdomen. Considérant cet organe comme un véritable corps étranger destiné à être éliminé par la suppuration, nous primes le parti de l'enlever en totalité, après avoir jeté préalablement une ligature sur la portion encore adhérente, et l'avoir fixée à l'extérieur de la plaie.

Le reste de l'opération ne présenta rien de particulier. Le testicule fut enveloppé par la tunique vaginale, dont nous conservâmes deux lambeaux suffisamment étendus qui furent réunis par trois points de suture entrecoupée. La plaie extérieure fut rapprochée supérieurement au moyen de bandelettes de diachylon, et pansée simplement à plat à sa partie moyenne et inférieure. Une compresse fenêtrée enduite de cérat, des gâteaux de charpie et un bandage approprié complétèrent le pansement.

Lessuites de cette longue et laborieuse opération furent extrêmement simples. Les selles se rétablirent dans le courant de la soirée. Les vomissements ne se montrèrent plus. La sensibilité du ventre, le météorisme disparurent à leur tour. Les bords rapprochés de la tunique vaginale contractèrent des adhérences avec le testicule ; des bourgeons charnus se produisirent, et la plaie ne tarda pas à se cicatriser. Le malade put quitter l'hôpital le 21 avril, vingt-deux jours après avoir subi l'opération, parfaitement guéri.

OBSERVATION VI

(Obs. de Duret : *Des variétés rares de la hernie inguinale*, thèse d'agrégation, année 1883; communiquée par Berger.)

Hernie enkystée de la tunique inguinale. — Etranglement. Opération. — Sac intravaginal. — Guérison.

En 1868, alors que j'étais interne de Dumonvilliers, un homme présentant des symptômes d'étranglement survenus dans une ancienne hernie, entra dans le service, salle Saint-Jean, à l'hôpital de la Charité. Dumonvilliers jugea l'opération immédiate né-

cessaire, et le malade ayant été endormi, il pratiqua sur la tumeur, qui occupait les bourses, une incision parallèle à son grand axe. Le scrotum et le tissu cellulaire ayant été divisés, une membrane mince s'offrit à la vue, elle fut ponctionnée avec le bistouri et par l'ouverture s'échappa une notable quantité de liquide jaune très clair. L'incision ayant été agrandie par des ciseaux, le chirurgien pénétra dans une cavité spacieuse, à la partie postérieure et interne de laquelle proéminait une saillie bosselée, parcourue par de nombreux vaisseaux. Cette tumeur adhérait intimement à la face interne du sac, dans l'intérieur duquel elle faisait saillie, libre par ses faces antérieure, postérieure, externe, ainsi que par son extrémité inférieure. La séreuse, après avoir tapissé la surface de la tumeur, se réfléchissait pour se continuer sur les parois de la cavité, où proéminait la tumeur. L'extrémité inférieure de celui-ci portait un appendice flottant, qui lui était rattaché par un repli de la séreuse, qui les revêtait l'un et l'autre. Au premier abord, on pouvait croire qu'on avait sous les yeux le cæcum. Un rapide examen suffit à Dumonvilliers pour affirmer qu'il n'en était pas ainsi, que la cavité qu'il venait d'ouvrir était la tunique vaginale, et que la saillie qui nous embarrassait n'était autre que la hernie encore enfermée dans son sac. Celui-ci avait soulevé la tunique vaginale, distendue par une hydrocèle, et l'appendice flottant qu'on apercevait à sa partie inférieure était constitué par le testicule. La cavité qu'on avait ouverte et prise pour le sac herniaire se terminait en effet par un cul-de-sac à l'anneau inguinal et ne présentait pas de communication avec le péritoine.

Incisant alors couche par couche la tumeur incluse dans la cavité vaginale, en évitant les vaisseaux qui la sillonnaient et qui étaient bien les vaisseaux spermatiques, Dumonvilliers pénétra bientôt dans le véritable sac herniaire, à parois épaisses, à contenu séro-sanguinolent. Ce sac contenait une anse intestinale, qui fut réduite après débride ment. Le malade guérit.

Un point curieux à noter, c'est que le même sujet avait subi, une trentaine d'années auparavant, pour un étranglement siégeant du même côté et vraisemblablement pour la même hernie, une opération dont on voyait encore la cicatrice ; mais il ne peut nous

donner, sur cette opération pratiquée par Roux, aucun renseignement.

En résumé, il fut rendu manifeste par l'opération qu'il s'agissait là d'une hernie étranglée dont le sac avait réfoulé, en s'en coiffant, le revêtement séreux du testicule. La cavité vaginale présentait des dimensions insolites, puisqu'elle remontait jusqu'à l'anneau inguinal, et elle était le siège d'une hydrocèle qui, la distendant, avait permis à la hernie d'y proéminer et de s'en coiffer comme d'un sac supplémentaire.

OBSERVATION VII

(Obs. de Duret. Thèse d'agrégation 1883; communiquée
par Berger.)

Hernie enkystée de la tunique vaginale. Opération. Guérison.

Le 3 septembre 1880, entre à la Charité, salle Sainte-Vierge, un homme jeune encore et vigoureux. Le jour même, dans l'après-midi, une hernie inguinale droite qu'il portait depuis son enfance, est sortie plus volumineuse que de coutume, et aussitôt se sont produits des vomissements bilieux, accompagnés de très vives douleurs dans la tumeur. M. Merken, appelé près de ce malade, fait deux tentatives de taxis, sous le chloroforme, de douze à quinze minutes, elles restent infructueuses.

La hernie est congénitale, ou du moins, elle remonte à la première enfance; elle est toujours rentrée facilement, le testicule remontant avec elle, sans pourtant disparaître dans le trajet inguinal. Jamais elle n'avait déterminé d'accidents; le malade la contenait habituellement par un bandage, qui s'est cassé il y a quelque temps.

A l'examen, on trouve une tumeur scrotale, grosse comme un œuf de dinde, elle est souple, mate, sans modification de couleur de la peau; elle est très douloureuse au toucher, surtout au niveau

du pédicule; celui-ci se continue en se rétrécissant dans le trajet du canal inguinal, on peut le sentir jusqu'au milieu de l'arcade de Fallope. Au-dessous de cette tumeur, se trouve le testicule, plus petit que celui du côté gauche et moins distinctement accessible à la palpation; il ne peut être complètement isolé de la hernie.

Le facies est grippé, la peau froide et cyanosée (peau de grenouille); il existe des vomissements bilieux, et, depuis la veille, il n'a été rendu ni gaz, ni matières.

Opération le 4 septembre à 9 heures du matin. Anesthésie chloroformique. Les bourses étant rasées, après quelques tentatives inutiles de réduction, je fais une incision oblique, qui, du fond des bourses, atteint et dépasse l'anneau inguinal externe. Après avoir lié la honteuse externe superficielle, on arrive sur un sac très mince, qui, ponctionné, donne issue à une grande quantité de sérosité citrine. Ce sac est très vaste, incisé largement, il se présente comme étant la tunique vaginale aplatie, étalée à la surface de la hernie et l'entraînant dans les trois quarts de sa circonférence. Celle-ci est fortement bombée et fait saillie en écartant les bords de l'incision superficielle; elle est formée par un sac d'un blanc fibreux, à la surface duquel se voient des faisceaux longitudinaux de fibres musculaires (crémaster) et de vaisseaux tortueux (funiculaires ou déférentiels). Tout à fait en bas, se voient le testicule et l'épididyme distincts, sur laquelle ils paraissent implantés par toute la longueur du bord postérieur de l'épididyme.

Incision couche par couche de ce sac *fort épais*; il renferme de la sérosité rougeâtre, nullement fétide, mais en petite quantité, et une anse d'intestin sans épiploon. La surface de cette anse n'est nullement dépolie, et des fausses membranes, molles encore mais déjà vasculaires, l'unissent à la face interne du sac. Le doigt, introduit dans la cavité du sac, trouve très haut, à l'anneau interne une bride circulaire, tranchante, qui est l'agent de l'étranglement. Cette bride est distendue, puis déchirée avec des ciseaux courbes, glissés avec beaucoup de peine entre elle et l'anse intestinale. L'intestin attiré en dehors est sain, un peu congestionné; un des bouts de l'anse offre un sillon très marqué, mais sans altération notable des tuniques, quelques infiltrations plastiques, quelques

ecchymoses. La réduction s'obtient aussitôt et le doigt peut suivre l'intestin jusque dans l'abdomen.

Antisepsie stricte pendant toute la durée de l'opération. Suture comprenant le scrotum et la tunique vaginale, le sac enkysté dans chaque point; on met ainsi huit points de suture au fil d'argent; pas de drainage. Pansement de Lister.

Soulagement très notable, les vomissements et la douleur du ventre cessent aussitôt, des quantités de gaz sont rendus dans la journée et dans la nuit. Les jours suivants, la température ne dépasse pas 37°5; la réunion par première intention est absolument complète le huitième jour, époque à laquelle les fils sont retirés. Les garde-robes spontanées avaient reparu dès le cinquième jour.

OBSERVATION VIII

(Due à l'obligeance de M. Montaz.)

Hernie à double sac avec testicule appendu au sac herniaire.

M. P..., âgé de cinquante-quatre ans ne présentant aucun antécédent héréditaire ou acquis, a deux enfants en parfaite santé. Vers l'âge de quinze ans, il reconnut qu'il n'était porteur que d'un testicule, celui de gauche. Au bout de quelque temps, il s'aperçut que quelque chose grossissait dans le cordon droit et reconnut alors le testicule absent; mais, peu à peu, se produisait au-dessus de ce testicule une tuméfaction qui se manifestait surtout au moment des efforts, de la toux. Cette grosseur rentrait et sortait facilement, sans être accompagnée du testicule qui restait dorénavant à sa place.

M. P... passe ainsi de longues années sans porter de bandages, car il les supportait mal. Il éprouvait, de temps à autre, quelques coliques; mais jamais il n'y eut la moindre menace d'accidents.

En juillet 1891, à la suite d'un effort, la hernie devint douloureuse, plus volumineuse; des nausées se manifestent, puis quelques vomissements et il y eut suppression de gaz par l'anus. Il fait

appeler M. le Dr Giraud qui diagnostique une hernie congénitale étranglée.

L'intervention rapidement décidée, M. Montaz est appelé et pratique l'opération à la manière habituelle,

Les premières couches scrotales ne présentent rien de particulier M. Montaz tombe bientôt dans une grande cavité d'où il s'échappe pas mal de liquide séreux, c'est évidemment le sac. Cette cavité remonte le long du cordon et est partout uniformément lisse. Une fois vidée, le chirurgien cherche les viscères étranglés, il trouve alors une sorte de tumeur pédiculée, appendue à l'anneau inguinal comme un battant de cloche, et présentant le testicule à son point déclive. La sonde cannelée introduite à la racine du pédicule montre que le sac est clos de toutes parts et se réfléchit sur la tumeur au niveau de l'anneau inguinal. Il est impossible de faire glisser là un instrument moussu quelconque.

D'autre part, la tumeur ne ressemblait à rien ; lisse, blanchâtre, comme cartilagineuse, parcourue par quelques arborisations vasculaires, elle ne répondait ni à l'aspect de l'intestin grêle, ni à celui du cæcum, de la vessie ou d'un viscère quelconque.

Il fallait bien en finir. A contre cœur, M. Montaz incise cette tumeur, et quel ne fut pas son étonnement, après avoir sectionné une coque épaisse comme une hématocele, de tomber dans une nouvelle cavité.

Cette nouvelle cavité contenait à son tour quelques gouttes de liquide et une grosse anse d'intestin grêle étranglée. Le bistouri boutonné fut conduit à la partie supérieure, sectionna le point étranglé et la réduction se fit facilement, après inspection de la région où siégeait l'étranglement et lavage au sublimé.

Il s'agissait donc d'une hernie à double sac étranglée.

Le deuxième temps d'opération devait être la cure radicale. Il ne fallait pas songer à réséquer le sac, pour deux raisons : il contenait le testicule enclavé et incrusté dans la paroi inférieure ; d'autre part, le canal déférent était impossible à suivre au-dessus. La résection du sac eût entraîné fatalement la blessure du canal déférent et la perte fonctionnelle du testicule.

M. Montaz se contenta de faire le capitonnage de ce sac interne

avec des sutures au fil de soie, en remontant aussi haut que possible. Puis, le sac externe fut suturé à son tour, ainsi que la peau, et on ne fit pas de drainage.

Les suites de cette opération furent très simples, sauf une hématocele assez considérable qui se produisit presque immédiatement dans le sac externe et qui obligea le chirurgien à faire, le lendemain, sauter deux points de suture pour évacuer les gros caillots que contenait la vaginale.

L'opéré se rétablit rapidement. Aujourd'hui encore il jouit d'une excellente santé et sa hernie ne s'est pas reproduite.

DEUXIÈME PARTIE

A propos des observations que nous avons colligées dans ce travail et qui sont des exemples très nets de hernie à double sac, il est utile d'attirer l'attention sur la situation du testicule par rapport au sac herniaire. En effet, dans tous les faits rapportés, nous avons vu que le testicule n'occupe pas toujours la même place, que ses rapports avec le sac herniaire peuvent varier, et l'opérateur non prévenu pourrait, dans ces conditions, léser la glande spermatique.

Dans le fait clinique qui nous est personnel et dans celle de Dumonvilliers, le testicule se trouve accolé au sac herniaire; dans la seconde observation que nous publions et qui est empruntée à Cooper, nous trouvons le testicule à la partie inférieure du canal inguinal; enfin, dans les autres observations, le testicule occupe sa place normale, au fond de la cavité vaginale. Grâce à ces dispositions variées, nous pouvons établir deux variétés de hernie à

double sac : la première décrite ici, est celle dont le testicule adhère au sac interne; dans la seconde variété, la plus commune, le testicule adhère au sac externe et se trouve faire également saillie dans la cavité vaginale. Ces variétés sont intéressantes à étudier comme anatomie pathologique, comme pathogénie et comme traitement.

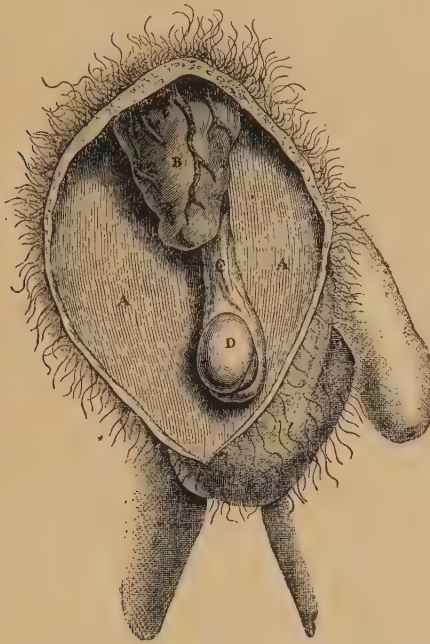
Anatomie pathologique. — La hernie à double sac se compose : d'un premier sac qu'on peut prendre, si l'on n'est pas averti, pour le sac herniaire et qui n'est que la cavité vaginale considérablement agrandie et pouvant remonter jusqu'au niveau de l'anneau inguinal interne. Les parois de ce sac sont lisses et il renferme, presque toujours, de la sérosité en plus ou moins grande quantité. On y trouve une tumeur qui, le plus souvent, est comme appendue à l'anneau inguinal et ressemble, pour nous servir de l'expression de Bourguet, à un gros pis de vache.

Lorsque la hernie présente cette disposition, la cavité vaginale l'entoure de toutes parts et alors, on trouve, à la partie supérieure de cette cavité, un cul-de-sac empêchant toute communication entre elle et l'abdomen.

La hernie peut affecter une autre situation, c'est ainsi qu'on la trouve quelquefois accolée à la partie postérieure de la cavité vaginale, repoussant cette partie en avant et formant une sorte de tuméfaction qu'on voit entre les lèvres de l'incision faite au sac testiculaire.

La tumeur herniaire présente ordinairement une coloration blanchâtre, elle est lisse, souvent bosselée et par-

courue par des arborisations vasculaires. Les parois du sac sont épaisses dans certains cas, dans d'autres elles sont assez minces pour laisser voir par transparence la



Hernie enkystée de la tunique vaginale.

Cette figure représente la disposition générale des parties au moment de l'opération de la kélotomie.

AA. Cavité de la tunique vaginale.

B. Sac herniaire faisant saillie dans la cavité de la tunique vaginale, et offrant les apparences de l'intestin.

C. Cordon spermatique.

D. Testicule.

(D'après Bourguet, d'Aix).

coloration noirâtre de l'intestin, lorsque celui-ci est sphacelé; enfin, on peut trouver sur le même sac des parties épaisses et des parties minces.

Lorsqu'on incise la tumeur, il s'en échappe une petite

quantité de sérosité quelquefois sanguinolente, et l'on met à découvert l'anse d'intestin herniée adhérente souvent à la surface du sac.

L'intestin hernié présente les caractères que l'on rencontre dans tous les étranglements, caractères qui, nous le savons, varient suivant que la constriction a été plus ou moins forte, plus ou moins ancienne. Cette constriction ne se fait pas toujours au niveau du canal inguinal, elle peut siéger également au niveau d'une déchirure faite dans le sac herniaire, et alors une partie de l'intestin hernié se trouve dans la cavité vaginale, en contact avec la glande spermatique.

Le testicule ne se rencontre pas toujours au fond de la cavité vaginale, on peut le rencontrer en ectopie inguinale, ou bien accolé au sac herniaire; dans une observation de Berger (thèse de Duret) le testicule forme au-dessous du sac herniaire une sorte d'appendice flottant rattaché au sac par un repli de la séreuse vaginale.

Pathogénie. — La pathogénie de la hernie de A. Cooper avait attiré l'attention des auteurs avant même que le chirurgien anglais eût interprété à sa façon cette variété de hernie inguinale : en effet, dès 1764, Hey considère le sac interne comme étant formé aux dépens du péritoine après l'oblitération de la tunique vaginale à sa partie supérieure. Nous rejetons entièrement cette idée de la formation du sac interne aux dépens du péritoine; ce sac doit être formé uniquement par la partie supérieure du conduit péritonéo-vaginal, refoulée dans la cavité testiculaire.

Pour Dapuytren, la hernie se forme dans la tunique

vaginale de la façon suivante : « Deux tumeurs adossées, dit-il, offrent des puissances et des résistances fort inégales; et si quelque cause, quelque effort obligent l'une ou l'autre à s'étendre, elle peut pénétrer jusque dans la cavité de l'autre. Or, dans ces cas, la plus grande force se trouve presque toujours du côté de la hernie, qui se prolonge et s'enfonce en quelque sorte dans la cavité de l'hydrocèle, où elle forme une tumeur plus ou moins considérable. »

Astley Cooper explique d'une façon différente la formation de la variété de hernie à laquelle il donne le nom de hernie enkystée. Il suppose que le canal péritonéo-vaginal, au lieu de s'oblitérer après la descente du testicule, se ferme au niveau de l'anneau inguinal, mais reste béant au-dessus et au-dessous de ce point; l'intestin, en faisant saillie dans la partie de la tunique vaginale située au-dessous du point où se sont établies des adhérences, allonge ces dernières de manière à déterminer la formation d'un sac qui descend dans la cavité de la tunique vaginale.

Bourguet combat l'explication de Cooper et pense qu'il s'agit d'une hernie non congénitale dans laquelle le sac herniaire, primitivement formé comme celui des hernies communes, par la propulsion du péritoine pariétal, vient rencontrer la partie la plus élevée de la séreuse testiculaire et y pénètre en la déprimant en doigt de gant.

Gosselin, dans ses leçons sur les hernies abdominales, se rallie en somme à la théorie de Cooper; voici ce qu'il a dit à ce sujet : « Au milieu de quelques obscurités laissées dans sa description, Cooper me paraît avoir décrit une variété très rare de hernie congénitale dans laquelle le sac herniaire, formé par la portion sus-inguinale non oblitérée de la tunique vaginale, vient avec l'intestin qu'il enveloppe

faire saillie dans la cavité de la séreuse testiculaire, et voici comment ce bizarre état de choses peut se comprendre : supposez le sac vaginal se continuant depuis le fond des bourses jusqu'à la cavité péritonéale, mais oblitéré dans un point très circonscrit, au niveau ou au voisinage de l'anneau inguinal externe; les choses étant ainsi, supposez que l'intestin descende dans la portion intra-vaginale de la séreuse qui lui formera son sac, poussé incessamment par les efforts, il peut refouler en bas la portion oblitérée du péritoine, et en la renversant en quelque sorte, venir proéminer, toujours enveloppé dans son sac, dans la portion testiculaire de la séreuse. Ce résultat se produit surtout s'il existe une hydrocèle qui a préalablement distendu la tunique vaginale. »

Dans le *Dictionnaire de Jaccoud*, Le Dentu parlant de la hernie enkystée, s'exprime de la façon suivante : « La hernie vaginale enkystée est très difficile à expliquer. Pour A. Cooper, c'est une hernie vaginale funiculaire qui s'est invaginée dans la tunique vaginale, c'est-à-dire dans l'arrière cavité logeant le testicule; mais alors on devrait trouver trois feuillets séreux au-devant de l'intestin, la vaginale double et le sac funiculaire. De plus, la cavité qui contient le testicule et celle de la hernie devraient en ce point présenter des traces de leur ancienne communication. » Et plus loin, comme conclusion : « Le sac herniaire est contenu dans la tunique vaginale qui l'embrasse de toutes parts et lui forme une enveloppe supplémentaire. »

Nous le voyons, Le Dentu combat la théorie de Cooper, sans toutefois chercher à expliquer comment se forme la hernie enkystée; il considère la tunique vaginale comme

formant au sac herniaire une enveloppe supplémentaire, mais ne nous dit pas de quoi est formée l'enveloppe même de l'anse d'intestin herniée.

Pour Ch. Monod et Terrillon, il est à supposer que la hernie enkystée est une hernie ordinaire, non congénitale, mais dans cette variété la hernie descend, rencontre la vaginale distendue, passe en arrière, puis la refoule et fait saillie dans sa cavité. La double cloison se rompt quelquefois, et alors la rupture peut se faire dans les deux feuillets ou dans celui de la vaginale; dans le premier cas l'intestin baigne dans le liquide que contient la vaginale, dans le second cas l'intestin pénètre dans la vaginale, mais enveloppé de son feuillet péritonéal.

Enfin Duret conclut dans sa thèse que la hernie enkystée d'A. Cooper ou intravaginale de Bourguet est le résultat ou l'association de deux lésions pathologiques : une hernie péritonéale et une hydrocèle; tantôt la hernie pénètre dans la vaginale, tantôt elle lui est complètement adossée et située en arrière.

De ces diverses interprétations, nous voyons se dégager quatre théories : la première, celle donnée par Dupuytren et qui est la théorie de l'adossement, la deuxième, celle d'A. Cooper ou théorie de l'enkystement; la troisième, celle admise par Monod et Terrillon, ou théorie du refoulement; la quatrième, celle de Bourguet d'Aix, ou théorie de l'invagination.

La hernie enkystée ou à double sac n'est pas une hernie accidentelle, comme le pense Bourguet d'Aix, c'est une hernie congénitale, et dans ce cas particulier, l'anse d'intestin est descendue dans la cavité vaginale après oblitération du conduit péritonéo-vaginal, de telle sorte que l'intestin a dû forcément refouler la partie supérieure du conduit et s'en faire une enveloppe.

Ramonède décrit deux grandes variétés de l'anomalie du conduit péritonéo-vaginal : dans l'une, le conduit est ouvert, de telle sorte que la cavité péritonéale communique avec la cavité vaginale ; dans l'autre, le canal péritonéal vaginal ne descend pas jusqu'à la vaginale et se termine en cul-de-sac dans des points variables du cordon. Que la hernie se produise dans les deux cas, nous aurons la hernie congénitale vulgaire. Mais il peut se faire que la hernie ne se produise pas tout d'abord et que le conduit péritonéo-vaginal, après avoir laissé passer le testicule, se soude en un point au niveau du canal inguinal, de telle sorte qu'il se formera à ce niveau une sorte de diaphragme qui empêchera, pendant quelque temps, la descente de l'intestin dans la cavité vaginale. Mais, à un moment donné, l'intestin viendra se mettre en communication directe avec la partie supérieure du conduit péritonéo-vaginal oblitéré, et forcera cette partie de se distendre ; nous aurons ainsi constitué le premier degré de la hernie inguinale, la pointe de hernie, qui s'est produite à l'occasion d'une malformation congénitale, la persistance d'un conduit qui s'oblitére ordinairement après qu'il a rempli sa fonction.

Sous l'influence de la poussée de l'intestin, le diaphragme continuera à se distendre, et nous aurons un second degré de hernie, un troisième, puis un quatrième qui sera la hernie scrotale, mais hernie qui s'est faite dans la cavité vaginale, non point libre dans cette cavité, mais coiffée de la partie supérieure du conduit péritonéo-vaginal.

Ce qui prouve que les choses doivent se passer ainsi, c'est que jamais nous n'avons trouvé la cavité vaginale en communication directe avec le péritoine. En effet, dans l'observation CCLVI citée par Cooper, nous lisons : « La tunique vaginale pouvait être suivie jusque sur le collet du sac. » Dans l'observation CCLXI du même auteur, nous voyons également écrit : « D'après cela, on ne pouvait plus douter que le sac herniaire et les parties qu'il contenait, ne fussent enfermés dans la tunique vaginale du cordon spermatique, qui, jusqu'à l'anneau inguinal ne formait qu'une même cavité. » Nous voyons la même disposition anatomique se produire dans l'observation citée par Bourguet : « Le doigt, dit-il, promené autour du pédicule de cette tumeur, est arrêté de tous côtés, et ne peut, en aucune manière, être introduit dans la cavité abdominale. » Duret nous décrit également la même disposition : « La cavité qu'on avait ouverte, dit-il, et prise pour le sac herniaire, se terminait par un cul-de-sac à l'anneau inguinal, et ne présentait plus de communication avec le péritoine. » Enfin, dans l'observation de Montaz, nous voyons que la sonde cannelée introduite à la racine du pédicule montre le sac séreux clos de toutes parts.

Pour nous, la production de la hernie à double sac se trouve expliquée par les trois théories de l'adossement, du

refoulement et de l'invagination ; ces trois théories se complètent. En effet, dans toute hernie à double sac il doit y avoir d'abord adossement au contact de l'intestin avec la cavité vaginale, peu importe que ce contact ait lieu à la partie postérieure ou à la partie supérieure de cette cavité ; il y aura en outre une force qui agira du côté de l'intestin et comme résultat nous aurons propulsion d'une partie de cet intestin et refoulement de la séreuse vaginale distendue ou non ; en d'autres termes, la hernie s'invaginera.

Jusqu'ici nous avons parlé de la hernie à double sac telle qu'elle se présente ordinairement, avec son sac interne séparé du testicule, mais nous n'avons pas expliqué comment il peut se faire que la glande spermatique puisse se trouver accolée au sac herniaire. Voici comment nous chercherons à expliquer ces deux variétés : il est probable que dans la première variété le testicule descend d'abord au fond du scrotum ; puis le canal péritonéo-vaginal s'oblitére. L'invagination de la hernie se fait ensuite. Dans la deuxième variété, le testicule, au lieu de descendre au fond du sac vaginal, reste à l'anneau inguinal ou dans le canal inguinal. Celui-ci s'oblitére en ce point, bien que le canal péritonéo-vaginal s'étende jusqu'au fond des bourses. Si, dans ces conditions, l'intestin subissant une poussée vient presser sur la cavité vaginale oblitérée ; la

partie oblitérée se distend et descend, avec le testicule qui lui adhère, dans la vaginale.

Conduite à tenir dans l'opération de la hernie à double sac.

Après que le sac interne aura été ouvert, qu'on aura fait disparaître la cause de l'étranglement et réintégré, avec toutes les précautions voulues, l'intestin dans la cavité abdominale, on devra s'occuper du sac lui-même, et c'est précisément ce temps de l'opération qui est le plus important, à cause des rapports que le testicule et le canal déférent peuvent affecter avec la tumeur herniaire. Nous savons, en effet, que le testicule peut se trouver absolument séparé de la hernie, mais nous savons aussi qu'il peut affecter des rapports intimes avec le sac interne. Il est évident que dans le premiers cas, la résection du sac interne après ligature est absolument indiquée, ici aucune difficulté, on n'a à craindre ni la blessure du testicule, ni celle du canal déférent. Au contraire, le second cas exige impérieusement la conservation du sac interne. Mais conservant ce sac, nous devons nous conformer à la conduite qu'a suivie le D^r Montaz dans le cas qu'il eût à opérer et dont nous donnons l'observation. Ce chirurgien conseille, dans le cas qui nous occupe, de faire le capitonnage du sac interne, de le faire avec des fils de soie, en ayant soin de remonter aussi haut que possible. Grâce à cette façon de procéder, tout en sauvegardant le testicule et le

canal déférent, on peut espérer obtenir la cure radicale, car le sac herniaire transformé par le capitonnage, fera l'office d'un véritable bouchon obstruant l'orifice du canal inguinal.

Dans tous les cas, après avoir suturé toutes les parties et fait l'hémostase minutieuse, pour éviter les hématomes qui peuvent se produire et qui tiennent à la laxité des tissus de la région et à la paralysie vaso-motrice qui se manifeste lorsque la chaleur revient dans les tissus, il serait bon de mettre un petit tube à drainage plongeant dans la vaginale.

CONCLUSIONS

De l'exposé de ce travail, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

I. La hernie enkystée d'A. Cooper est une hernie inguinale congénitale qui se fait dans la cavité vaginale considérablement allongée par le fait de la persistance du canal péritonéo-vaginal, sauf un point d'oblitération.

II. Lorsque l'anse d'intestin pénètre dans la cavité vaginale, elle est entourée de la première portion du canal péritonéo-vaginal qui se laisse distendre.

III. L'invagination peut se produire d'une seule façon : La partie supérieure du canal péritonéo-vaginal oblitérée se laisse distendre et s'invagine en même temps que la hernie.

IV. Le sac herniaire affecte avec le testicule des rapports qui ne sont pas toujours les mêmes ; de là découlent certaines précautions à prendre dans l'opération de la hernie à double sac.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

M. POLLOSSON.

Vu, bon à imprimer :

LE DOYEN,

LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,

E. CHARLES.

TABLE

INTRODUCTION	5
Première partie.	7
Définition.	7
Historique	8
Observations.	18
Deuxième partie.	37
Anatomie pathologique.	38
Pathogénie	40
Conduite à tenir dans l'opération de la hernie à double sac.	47
CONCLUSIONS	49

